ITEM 274 : LITHIASE BILIAIRE

Très fréquent = 20%, augmente avec l'âge (60% > 80 ans) : 80% asymptomatique, 5% compliqué (migration dans 1 cas/2)

FdR

Calcul cholestérolique (80%)

- **Age** > 60 ans, sexe **féminin**, multiparité
- **Surpoids** ou variations importantes de poids
- **Régime** hypercalorique, riche en graisse, absence d'activité physique
- **Jeûne prolongé**
- **Antécédents** familiaux ou certaines ethnies
- **Hypertriglycéridémie**
- Médicament : **fibrate**, **œstrogène**
- **Mucoviscidose**, **résection iléale**

→ *L'hypercholestérolémie sanguine n'est pas un facteur de risque*

Calcul pigmentaire (20%)

= Déconjugaison de la bilirubine → insoluble

- ↗ Bilirubine : **hémolyse chronique, médicaments**
- **Infection des voies biliaires**
- Obstacle biliaire chronique: **sténose bénigne ou maligne de la voie biliaire principale**
- **Cirrhose**
- **Infection parasitaire**

Il existe aussi les calculs mixtes mais sont rares

Lithiase symptomatique

Colique hépatique

C	- SF = Colique Hépatique = douleur **:** brutale, souvent intense, permanente, épigastrique (60%) ou hypochondre droit, inhibant l'inspiration forcée, irradiant vers l'épaule droite ou la fosse lombaire droite /!\ Pas de fièvre ni d'ictère /!\ - Durée : **< 6 heures** **- SC = Signe de Murphy** : douleur inhibant la respiration à la palpation de l'aire vésiculaire
Bio	- Bilan hépatique normal +++ - Si migration lithiasique : ↗ **ASAT/ALAT** ± importante et fugace → normalisation en 48h
Echo	= Référence : plus sensible (95%) que le scanner (lithiase parfois isodense) ou l'IRM - **Calcul vésiculaire** (même de petite taille = 1 à 2 mm) - Recherche de **dilatation de la VBP** et/ou de **complications** (cholécystite, PA)

Lithiase compliquée

Cholécystite aiguë

= Infection aiguë de la vésicule biliaire due à une obstruction prolongée du canal cystique

C	- Fièvre avec frissons + **douleurs de l'hypochondre droit > 6 heures** /!\ Pas d'ictère /!\ - Signe de Murphy + défense voir contracture si cholécystite aiguë grave
Bio	- **Hyperleucocytose à PNN, ↗ CRP, Bilan hépatique normal** - Rechercher : ↗ **ASAT/ALAT**, ↗ **GGT,** ↗ **PAL,** ↗ **bilirubine**, ↗ **lipase** = complications - **Hémoculture** systématique
Echo	- **Epaississement paroi vésiculaire > 4 mm** (aspect en triple feuillet), calcul vésiculaire - ***Sludge*** : bile épaisse contenant des débris (pus), déclive - Complications : **abcès paroi vésiculaire, épanchement péri-vésiculaire, dilatation VBP**
Compli-cations	- **Péritonite biliaire** (perforation vésiculaire) - **Syndrome de Mirizzi** : compression de la VBP par un calcul cystique volumineux - **Fistulisation biliaire** dans le duodénum ou le colon → **iléus biliaire** si volumineux
DD	- **Cholécystite alithiasique** (rare) : patient en réanimation avec nutrition parentérale - Autre cause d'épaississement de la paroi vésiculaire : **hypertension portale, hépatite**…

Angiocholite aiguë

= **Infection** aiguë de la VBP, généralement par **lithiase dans la VBP ou dans l'ampoule de Vater**

C	**- Triade de Charcot** = apparition sur 48h : **douleur biliaire** + **fièvre** + **ictère** - **Syndrome infectieux** souvent au 1er plan : **bactériémie, sepsis, choc septique**
Bio	- **Cholestase**, ↗ **bilirubine totale et conjuguée**, **hyperleucocytose à PNN,** ↗ **transaminase** à la phase aiguë - **Hémoculture systématique :** souvent positives à germe digestif - Complications : **IRA** fonctionnelle puis organique, **thrombopénie septique**, **pancréatite**
Echo	- Lithiase vésiculaire : évocateur - Dilatation des voies biliaires extra-hépatique et intra-hépatique (**cholédoque > 8 mm**) - Calcul de la voie biliaire principale : visualisé dans 30 à 50% des cas
PC	- **Scanner abdominal** : signes indirects = dilatation de la voie biliaire **- Bili-IRM** ou **EE** : mise en évidence de la lithiase de la VBP (sensibilité > 90%)
Compli-cation	- **Choc septique** - **Angiocholite ictéro-urémigène** : associée à une IRA, parfois grave

		Autres causes	- **Sténose de la VBP** (**tumeur du pancréas** ou **de la VBP**) - **Parasite** (**ascaris**, **douve**) - Compression extrinsèque (**ADP**, **pseudokyste** de **pancréatite chronique**…) - **CPRE**
	Pancréatite aiguë bilaire		= Associée ou non à une **angiocholite** et/ou une **cholécystite**
Traitement	Calculs vésiculaires asymptomatiques		- Aucun traitement nécessaire
	Colique hépatique		- **Mise à jeun** - Antalgie IV : **antispasmodique** (phloroglucinol, trimébutine), **antalgique, AINS** - **Cholécystectomie** réalisée < 1 mois pour éviter la récidive/complication, en **ambulatoire**
	Cholécystite aiguë		- **Remplissage vasculaire** adapté + **antalgique adapté** + **mise à jeun** - **Antibiothérapie à large spectre** IV pendant 7j : **Augmentin®** ou C3G + Imidazolé, ± Aminoside si forme grave, secondairement adapté, relai PO > 48h d'apyrexie - **Cholécystectomie** en urgence < 72 h par voie coelioscopique - **Cholangiographie antérograde per-opératoire** : si doute d'une lithiase de la voie biliaire principale - **Si calcul de la voie biliaire principale associé** : traité au même temps opératoire (drain cholédocien) ou sphinctérotomie endoscopique biliaire secondairement
	Angiocholite		- **Hospitalisation en USI ou USC** selon l'état de malade - **Antibiothérapie large spectre IV** par **Augmentin®** ou C3G + Imidazolé, ± Aminoside - **Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) en urgence absolue** : sous AG, décompression biliaire par **sphinctérotomie** endoscopique biliaire et extraction du calcul ➝ **Complication** (5-10%) : **pancréatite aiguë** (1%), **hémorragie** (1%), **perforation** (1%), **infection** - Si non disponible/malade instable : **drainage transcutané des voies biliaires** sous écho guidage ou chirurgical par drain de Kehr - **Cholécystectomie** à distance
	Calcul de la voie biliaire principale		= Sans angiocholite associée : découverte fortuite ou lors de l'exploration d'anomalies biologique - Bili-IRM et EE : examens les plus sensibles - **Désobstruction** : - Cholécystectomie avec désobstruction per-opératoire - Cholécystectomie puis sphinctérotomie endoscopique biliaire - Sphinctérotomie endoscopique biliaire puis cholécystectomie < 72 h
	Pancréatite aiguë biliaire		- Si PA non grave : cholécystectomie au cours de la même hospitalisation - Si PA grave : cholécystectomie à distance à 6 – 8 semaines - CPRE et ABT uniquement si angiocholite aiguë associée
Cas particuliers (rares)	**Cholécystite chronique**		= Consécutive à une succession de coliques hépatiques/cholécystites non traitées - **Vésicule porcelaine** = calcifications : diagnostic échographique ou TDM ➝ Risque de dégénérescence en **ADK vésiculaire** - **Vésicule scléro-atrophique** = cicatrisation atrophique : diagnostic écho ou TDM = vésicule épaissie, paroi moulée autour de la lithiase ➝ risque de dégénérescence en **ADK vésiculaire** - **Calculo-cancer** : malignité de la pièce opératoire (1-2%)
		Fistule bilio-digestive (rare)	- **Iléus biliaire** = obstruction au niveau de la valvule de Bauhin par une lithiase: **syndrome occlusif**, avec **aérobilie** - **Syndrome de Bouveret** (rare) : **occlusion duodénale par un calcul > 3 cm par fistulisation vésiculo-duodénale** ➝ intolérance alimentaire avec vomissements précoces non bilieux - **Fistule bilio-biliaire** : fistulisation de la vésicule biliaire ou du canal cystique avec la voie biliaire principale
	Lithiase intra-hépatique		= Présence d'une lithiase en amont de la convergence biliaire - Manifestations : **asymptomatique** ou **ictère**, **cholestase + cytolyse** - Complication : **angiocholite récidivante** (malgré cholécystectomie), **cirrhose biliaire** ➝ **Tumeur hépatique** sous-jacente fréquente - **Bili-IRM** = référence : état de l'arbre biliaire, nombre de lithiase - TTT selon le nombre de lithiases et l'état du parenchyme hépatique sous-jacente : **abstention thérapeutique**, dissolution médicale à l'**acide ursodésoxycholique**, **lithotritie** ou **drainage endoscopique, radiologique** ou **chirurgicale**